Zur Frage der diffusen Peritonitis gonorrhoica

Auszug aus der Rostocker Inaugural-Dissertation

von

Maria Boers

geb. den 13. Oktober 1895 zu Neuß am Rhein.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Referent: Prof. Dr. med. R. Schröder.

Nachdem Neisser 1879 den Gonokokkus als den Erreger der Gonorrhoe entdeckte, bewies Orthmann 1887, daß es eine aszendierende Gonorrhoe gäbe. Wertheim fand in seinen umfassenden Versuchen und Arbeiten, daß der Gonokokkus nicht nur auf Zylinderepithel gedeihen könnte, sondern bewies auch die Infektion des Plattenepithels, insbesondere die des Peritoneums durch den Gonokokkus. Er brachte den Beweis dafür, daß die zirkumskripte Peritonitis ein Werk des Gonokokkus sei und zwar des Gonokokkus in Reinkultur und bekämpfte so gleicher Zeit die Annahme der Mischinfektion. Dann folgte die Flut der Veröffentlichungen für oder gegen die diffuse Gonokokken-Peritonitis. Die Menge der beweisenden Publikationen knüpft sich an Namen wie Veit — Menge — Bröse — Leopold und viele andere.

Im ganzen sind 21 Fälle angeführt, in denen die Diagnose „diffuse Peritonitis gonorrhoica" feststeht. Von diesen ist in zehn Fällen, nämlich bei: Mejia — Cushing — v. Leyden — Hunner und Harris — Leopold — Amstad — Albrecht — Zwet — Sutter — und unserem Falle — einwandsfrei

1926

die Richtigkeit der Diagnose bewiesen durch mikroskopischen und kulturellen Nachweis der Gonokokken im Peritonealexsudat.

Der letzte dieser zehn Fälle ist hier im Oktober 1920 in der Universitäts-Frauenklinik zu Rostock beobachtet worden:

Es handelte sich um eine sonst gesund gewesene Frau von 50 Jahren, die die Klinik aufsuchte wegen Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, Druckgefühls, Harndranges, Beschwerden beim Urinieren, etwas gelben Fluors. Die Untersuchung führt zur Diagnose: Retroflexio uteri mobilis — rechtsseitige, apfelgroße Parovarialcyste. Da das sanguinolente Scheidensekret auf den Beginn der bevorstehenden Menses hinwies, wurde bei der Aufnahme-Untersuchung zunächst die Untersuchung der Genitalsekrete auf die Zeit nach der Periode verschoben. Am Tage nach der Beendigung der Regel, das war am Vorabend der beabsichtigten Operation, bekam Patientin plötzlich Erbrechen, heftige Leibschmerzen, Temperatur 38,3°, Puls 105. Patientin erbrach die ganze Nacht. Am folgenden Morgen: facies abdominalis, leichter Ikterus-Bauchdeckenspannung. Daher Annahme einer Stieldrehung der gefundenen Parovarialcyste, event. auch einer Ruptur einer frischen rechtsseitigen Pyosalpinx. Operation am 10. Oktober: Typische Eröffnung der Bauchhöhle, Peritoneum stark injiziert und überall mit einer feinen Schicht schmierigen Eiters bedeckt. — Ebenso sind die ganzen Därme bis zum Colon Transversum und Magen hinauf und das gesamte Genitale mit schmierigem Eiter belegt. Die mikroskopische Untersuchung dieses Eiters ergab einwandsfrei Gram-negative, intracelluläre Doppelkokken. Andere Keime ließen sich nicht nachweisen. Die Tuben sind schlank, stark injiziert, ihr Fimbrienende offen, der Befund einer Parovarialcyste bestätigte sich, nirgends Adhäsionen, auf Druck entleerte sich aus den Tuben ein wenig gelblicher Eiter. Exstirpation der rechten Adnexe, der Parovarialcyste und der linken Tube. Besichtigung des übrigen Abdomens auf der Suche nach eventueller anderer Ursache der Peritonitis ergibt: Appendix — Magen — Leber o. B. klarinhaltlicher Gallenblasenhydrops. Über-Peritonisierung der Tuben — und der Ligamenta-lata-Stümpfe, Ventrifixation des Corpus uteri. Typischer Schluß der Bauchhöhle.

Aus dem Peritonealeiter angelegte Kulturen auf Blut-Agar, Bouillon und in Traubenzucker-Hochagar ergab weder aerob noch anaerob irgendein Keimwachstum. Die empfindlichen Gonokokken waren zweifellos durch die Wattepinselentnahme geschädigt worden. Andere Keime, die sonst sehr leicht auf den genannten Nährböden angehen, ließen sich nicht nachweisen, so daß also zweifellos eine Mischinfektion für unseren Fall ausgeschlossen werden kann. Das mikroskopische Bild der Tuben ergab eine sehr akute Endosalpingitis mit an Plasmazellen reichem Eiter im Lumen und stark positivem Gonokokken-Befund, sowohl im Tubenlumen wie auch in den Tubenfalten. Die der Tubenwand anhaftende Serosa zeigte stark akute Entzündung mit positivem Gonokokken-Befund in den leukozytären Zellen. Nach Schluß der Bauchhöhle wird aus der Cervix ein Sekretpräparat angelegt und ein positiver Gonokokken-Befund erbracht.

Am Tage der Operation und am folgenden sank die Temperatur auf 37,5°, der Puls dagegen wurde noch frequenter (140). Dann stieg auch langsam wieder die Temperatur auf 39,2°. In der Nacht vom 9.—10. stellte sich wieder starkes Erbrechen ein, Puls wurde frequenter und kleiner. Am 10. Oktober Temperatur 40,5°, Puls 158. Die Patientin, die bisher ein relativ gutes Allgemeinbefinden, vor allem freies Sensorium hatte, wird jetzt somnolent; Bauchdecken stark gespannt, Leib aufgetrieben und druckempfindlich, unter den Erscheinungen einer progredienten Peritonitis Exitus letalis.

Epikrise: 50jährige Frau, die an Cervixgonorrhoe, Retroflexio uteri mobilis und einer apfelgroßen Parovarialcyste leidet und deshalb die Klinik aufsucht, erkrankt im unmittelbaren Anschluß an eine Regel unter dem Zeichen einer akuten Peritonitis. Unter der Annahme eines stielgedrehten Tumors wird innerhalb der ersten 12 Stunden die Laparotomie unternommen und eine über das ganze Bauchfell bis zum Magen reichende Peritonitis in Kombination mit akuter, gonorrhoischer Salpingitis nachgewiesen. Im von mehreren Stellen des Peritoneums gewonnenen Eiter ließen sich Gonokokken bakterioskopisch in großer Menge finden. Die Kultur gelang nicht. Die Patientin starb am 3. Tage p. operationem. Leider keine Obduktion. Die diffuse Peritonitis war zweifellos allein gonorrhoischer Natur. Der letale

Ausgang könnte event. einer intra operationem eingetretenen Infektion zur Last gelegt werden. Irgendwelche Anhaltspunkte bestehen dafür nicht, vielmehr ist es wahrscheinlich, daß auch hier wie bei ähnlichen anderen in der Literatur bekanntgegebenen Fällen der Tod durch die Gonokokken-Peritonitis herbeigeführt wurde.

Carl Boldt'sche Hof-Buchdruckerei, Rostock.